

Mestrado Integrado em Medicina

Dissertação

**Com que grau de assertividade os profissionais de saúde
são capazes de reconhecer a colestase neonatal e a
acolia fecal em recém-nascidos ictericos?**

Artigo de Investigação Médica

Lia de Azevedo Lijnzaat

Orientador: Dr^a Ermelinda Santos Silva

Porto

2014

Mestrado Integrado em Medicina

Dissertação

**Com que grau de assertividade os profissionais de saúde
são capazes de reconhecer a colestase neonatal e a
acolia fecal em recém-nascidos ictericos?**

Artigo de Investigação Médica

Lia de Azevedo Lijnzaat

6º Ano do Mestrado Integrado em Medicina
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto
Morada: Rua de Jorge Viterbo Ferreira, nº 228
4050-313 Porto
lalijnzaat@gmail.com

Orientador: Drª Ermelinda Santos Silva

Licenciada em Medicina
Assistente Hospitalar Graduada de Pediatria no Centro Hospitalar do Porto

Porto

2014

Índice

Resumo	4
Palavras-chave	4
Abstract.....	5
Keywords.....	5
Abreviaturas.....	6
Introdução	7
Material e Métodos	8
População-alvo.....	8
Instrumento	8
Procedimento	8
Análise estatística	9
Resultados.....	9
Caracterização da amostra	9
Identificação de outros sintomas ou sinais associados à colestase neonatal.....	10
Observação da cor das fezes e urina	11
Investigação complementar realizada no RN icterico	11
Acuidade no diagnóstico de acolia fecal.....	13
Discussão	14
Limitações deste estudo.....	20
Agradecimentos	21
Bibliografia.....	22
Quadros, Tabelas, Figuras e Gráficos.....	24
Anexos	29
Anexo 1: Questionário para Medicos	30
Anexo 2: Questionário para Enfermeiros	34

Resumo

Objectivo: Avaliar o grau de assertividade com que médicos e enfermeiros portugueses, dos diferentes níveis de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde, são capazes de reconhecer a colestase neonatal e a acolia fecal em recém-nascidos ictericos. **Métodos:** Preenchimento individual e anónimo de um questionário sobre práticas clínicas em icterícia neonatal, incluindo um painel com 8 fotografias coloridas de fezes para classificar como normais ou suspeitas. Foram comparados os resultados obtidos segundo a classe profissional, a especialização em cada classe, e o nível de cuidados de saúde. **Resultados:** Os questionários foram aplicados a 266 participantes [37,6% médicos (n=100) e 62,4% enfermeiros (n=166)]. Cerca de 80% dos profissionais afirmou observar a cor das fezes e urina dos recém-nascidos ictericos. Perante um recém-nascido icterico com outros sinais e sintomas de doença cerca de 30% dos médicos não pede imediatamente um doseamento de bilirrubinas, incluindo a conjugada, e perante um recém-nascido amamentado ao seio materno e sem outros sinais ou sintomas de doença quase 30% não pede estes doseamentos; não houve diferenças significativas tendo em conta a especialização, e o nível de cuidados de saúde. As fotografias de fezes suspeitas foram corretamente identificadas por médicos e enfermeiros, nos diferentes níveis de cuidados de saúde, com percentagem de acerto superior a 90%, excepto a fotografia de maior grau de dificuldade, identificada corretamente por 66% dos profissionais nos cuidados de saúde primários, 66,1% no hospital nível B, e 89% no hospital nível A1. Registaram-se diferenças significativas segundo a especialização dos médicos e dos enfermeiros, mas não foram encontradas diferenças tendo em conta o tempo de atividade profissional. **Conclusões:** Uma percentagem relevante dos profissionais desta amostra evidenciou práticas clínicas que podem impedir o reconhecimento em tempo útil da colestase e da acolia fecal em recém-nascidos ictericos, sobretudo em relação com o seu grau de especialização.

Palavras-chave: Icterícia no recém-nascido, colestase neonatal, acolia fecal, colúria, atresia das vias biliares

Abstract

Aim: Evaluate the assertivity degree with which portuguese physicians and nurses, from the National Health Service and from different healthcare levels, are capable to recognize neonatal cholestasis and acholic stools. **Methods:** Individual and anonymous completion of a questionnaire about clinical practices in neonatal jaundice, including a panel with 8 colored photographs of feces to identify as normal or suspicious. The results were compared according to the professional class, specialization in each class, and the level of healthcare. **Results:** The questionnaires were applied to 266 participants [37,6% of physicians (n=100) and 62,4% of nurses (n=166)]. Approximately 80% of the professionals reported to observe the color of the feces and urine from the jaundice newborns. Faced with a jaundice newborn, with other signs and symptoms of disease about 30% of the physicians don't ask immediately for a bilirubin determination, including conjugated, and faced with a breastfed newborn with no other signs and symptoms of disease almost 30% don't ask these assays; there were no significant differences regarding the specialty, or the level of healthcare. The suspicious stool photographs were correctly identified by physicians and nurses, at all levels of health care, with more than 90% of correct answers, except the photograph of a higher difficulty degree, correctly identified by 66% of professionals in primary care, 66,1 % in level B hospital and 89 % at the level A1 hospital. There were significant differences according to the specialty of the doctors and nurses, but no differences regarding the time of occupation were found. **Conclusions:** A significant percentage of professionals in this sample demonstrated clinical practices that may preclude the recognition in time of cholestasis and acholia in jaundice newborns, particularly relating with the specialization degree.

Keywords: Newborn jaundice, neonatal cholestasis, acholia, choluria, biliary atresia

Abreviaturas

ACeS – Agrupamentos de Centros de Saúde

AVB – Atresia das Vias Biliares

CHP- Centro Hospitalar do Porto

CHPV-VC – Centro Hospitalar Póvoa de Varzim - Vila do Conde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

EUA – Estados Unidos da América

SNS – Serviço Nacional de Saúde

RN – Recém-nascido(s)

USFs – Unidades de Saúde Familiar

UCSPs – Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

Introdução

A colestase neonatal define-se como a presença de bilirrubina conjugada superior a 1 mg/dl, se a bilirrubina total for <5 mg/dl, ou superior a 20% da bilirrubina total, se esta for superior a 5mg/dl, em recém-nascidos (RN) ou lactentes até aos 4 meses de idade.^{1,2} A presença de colestase é sempre patológica, e a suspeita deve ser colocada na presença de colúria e/ou acolia fecal.²

A incidência de colestase neonatal é de cerca de 1: 2500 nados-vivos.^{2,3} Por detrás desta entidade pode estar uma miríade de patologias raras (por vezes raríssimas), algumas delas com tratamento específico eficaz (médico ou cirúrgico), e cujo prognóstico pode depender da precocidade com que o mesmo é instituído.^{1,3, 4,5,6}

No entanto, existem alguns obstáculos à precocidade do diagnóstico de colestase neonatal. A principal manifestação clínica, a icterícia, é um problema comum nos RN, afeta cerca de 60% deles⁷, e na maioria dos casos é devida a condições benignas e auto-limitadas, a icterícia fisiológica e a icterícia do aleitamento materno⁸; esta última pode ser responsável por icterícia prolongada, por vezes, até aos 2 a 3 meses de idade.⁹ A icterícia prolongada para além dos 14 dias é um problema relativamente comum, afetando até 15% dos RN.¹⁰ Talvez por este motivo os profissionais de saúde tendam a desvalorizar o sintoma, sobretudo nos casos em que a icterícia não se acompanha de imediato de outros sinais ou sintomas evidentes de doença [ex: na atresia das vias biliares (AVB)], o que faz com que o diagnóstico seja adiado. Por outro lado, parece haver por parte de muitos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), sobretudo nos cuidados de saúde primários (CSP), mas não só, uma grande impreparação para reconhecer a presença dos outros sinais de colestase (a colúria e a acolia fecal).^{11,12}

Segundo as recomendações nacionais² e internacionais^{1,13,14} qualquer RN que permaneça icterico para além dos 14 dias de vida deve ser observado por um médico, e qualquer RN que para além da icterícia apresente outros sinais ou sintomas de doença, entre os quais a acolia fecal, deve ser submetido a investigação complementar e deve ser referenciado para centros especializados.^{1,2,13,14}

Objectivo: Avaliar o grau de assertividade com que médicos e enfermeiros dos diferentes níveis de cuidados do Serviço Nacional de Saúde (SNS) português, são capazes de reconhecer a colestase neonatal e a acolia fecal em RN ictericos.

Material e Métodos

População-alvo

Médicos e Enfermeiros de Família de Unidades de Cuidados de Saúde Primários (CSP) do SNS. Pediatras Gerais e Enfermeiros de Serviços de Pediatria e Berçários (Hospital nível B). Neonatologistas e Enfermeiros de Berçários e de Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos (Hospital nível A1) do SNS.

Instrumento

Para a realização deste estudo foi elaborado um questionário para médicos (Anexo 1) e um questionário para enfermeiros (Anexo 2). O questionário para médicos consistiu em 10 perguntas: 2 perguntas para caracterizar a especialização e o tempo de prática clínica, 2 perguntas de resposta aberta, 5 perguntas de resposta fechada (sendo 2 de escolha múltipla) e 1 painel com 8 fotografias de fezes de RN ictericos para identificar como normais ou suspeitas (sendo que 4 eram normais, 2 eram acólicas, 1 despigmentada de forma uniforme, e 1 despigmentada de forma não uniforme). O questionário para enfermeiros consistiu em 8 perguntas: 2 perguntas para caracterizar a especialização e o tempo de prática clínica, e 5 perguntas de resposta fechada (3 de resposta múltipla), e o mesmo painel de fotografias.

Procedimento

Foram solicitadas (e obtidas) autorizações aos Conselhos Executivos dos ACeS da Póvoa de Varzim / Vila do Conde, Porto Oriental e Gondomar. Destes ACeS apenas se disponibilizaram a participar no estudo 5 das 14 USFs do ACeS da Póvoa de Varzim / Vila do Conde, e 3 das 10 USFs/UCSPs do ACeS do Porto Oriental.

Foram solicitadas (e obtidas) autorizações aos Conselhos de Administração de 2 hospitais de nível B (Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim / Vila do Conde, e Hospital de Pedro Hispano), sendo que no caso do segundo a autorização não chegou no tempo útil estabelecido para a recolha de dados (entre 15 de Janeiro e 31 de Março de 2014).

Foi ainda solicitada (e obtida) a autorização ao Conselho de Administração e Comissão de Ética do CHP (hospital nível A1) para a participação dos profissionais de saúde da Unidade de Neonatologia e Cuidados Intensivos Neonatais, e do Berçário (Maternidade

Júlio Dinis), e da Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (Hospital de Santo António).

Em todas as USFs/UCSPs participantes foi agendada a aplicação do questionário para a reunião semanal do Serviço (médicos e enfermeiros). Após a distribuição e recolha dos questionários pela aluna, a orientadora da tese efectuou uma palestra sobre o tema. No CHPV-VC foi seguida a mesma metodologia, apenas para os médicos (Serviço de Pediatria); em relação aos enfermeiros foi efectuada a distribuição dos questionários às Enfermeiras-Chefes dos Serviços (Pediatria e Obstetrícia), a quem foi explicado o objectivo do estudo e as instruções de preenchimento do questionário, e foi efectuada posteriormente a recolha dos mesmos. Nos Serviços do CHP (médicos e enfermeiros) foi seguido um procedimento igual ao seguido para os enfermeiros do CHPV-VC.

O preenchimento dos questionários foi efectuado de forma voluntária, anónima, e individual.

Análise estatística

A base de dados foi construída no programa informático SPSS 21.0.

Foi efectuada a análise estatística descritiva apresentando-se os resultados da mediana, mínimos e máximos, ou média e desvio padrão para as variáveis contínuas com distribuição não normal ou normal, respetivamente. São também apresentados os valores absolutos e as percentagens das variáveis categóricas.

Na estatística inferencial admitiu-se haver diferenças estatisticamente significativas quando $p < 0,05$. Aplicou-se o teste t para análise das variáveis com distribuição normal. Para analisar a associação entre as variáveis contínuas cuja distribuição era não paramétrica usou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. Procedeu-se a uma análise de Qui Quadrado para a análise entre a associação de variáveis categóricas.

Resultados

Caracterização da amostra

Os questionários foram aplicados a 266 participantes [37,6% médicos (n=100) e 62,4% enfermeiros (n=166)].

Nas USFs e UCSPs dos ACeS da Póvoa de Varzim / Vila do Conde e do Porto Oriental que participaram no estudo a taxa de participação foi de 81,3% nos médicos (75 médicos, participaram 61) e 86,3% % nos enfermeiros (51 enfermeiros, participaram 44). No CHPV-VC participaram os médicos do Serviço de Pediatria (14 médicos, taxa de participação de 100%), e as enfermeiras dos Serviços de Pediatria e de Obstetrícia (berçário) (47 enfermeiras, taxa de participação de 100%). No CHP participaram os médicos das Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos (25 médicos, taxa de participação de 100%), e os enfermeiros das mesmas Unidades e do Berçário (91 enfermeiros, participaram 75, taxa de participação de 82,4% %).

A amostra em estudo foi constituída por 61 médicos da especialidade de Medicina Geral e Familiar, 22 médicos da especialidade de Pediatria Médica, 17 médicos especialistas em Neonatologia, 44 enfermeiros especialistas em Pediatria e 122 enfermeiros não especialistas em Pediatria. Tendo em conta o local de trabalho, 39,5% dos participantes trabalhavam nos CSP, 22,9% no Hospital nível B, e 37,6% no Hospital nível A1. A maioria dos médicos (52,5%) exercia há mais de 20 anos. Quanto aos enfermeiros 42,8% tinha um tempo de exercício profissional entre 11 e 20 anos, e 25,3% mais de 20 anos (Quadro 1).

Identificação de outros sintomas ou sinais associados à colestase neonatal

Quando questionados sobre que “*outros sinais e outros sintomas de doença pesquisa num RN icterico*” (duas perguntas de resposta aberta) a maioria dos médicos referiu a acolia fecal (81%), e a colúria (66%).

Outros sintomas e sinais referidos com grande frequência foram a recusa alimentar (44%), a hepatomegalia (43%), os vômitos (36%), e o aspeto geral (31%) (Tabela 1). Verificou-se que recusa alimentar, hemorragias, sopro cardíaco, ascite, gemido e desnutrição, foram apenas referidos por médicos hospitalares. De notar que nenhum médico referiu convulsões.

O aleitamento materno, não sendo um sinal ou sintoma, constitui um dado importante da história clínica do RN icterico e foi referido por 8% dos médicos.

Há relação entre o número de sinais e sintomas enunciados e o nível de cuidados de saúde?

Construiu-se um *score* com o número de sinais e sintomas referidos por cada médico, considerando apenas os que pudessem ter relevância em associação com a colestase neonatal. A média de sinais e sintomas relevantes enumerados foi de 4,3131, e a mediana de 4,0, sendo que o valor mínimo foi de 0 e o máximo de 12 (Gráfico 1).

Tendo em conta o número de sinais e sintomas referidos pelos médicos dos diferentes locais de trabalho, verificou-se existir uma diferença significativa quando se comparou CSP vs Hospital nível A1 e CSP vs Hospital nível B ($p < 0,05$). Entre os níveis hospitalares não se verificou diferença significativa (Gráfico 2).

Observação da cor das fezes e urina

No que diz respeito à observação da cor das fezes nos RN ictericos, 81,1% dos profissionais inquiridos dizem fazê-lo; quanto à cor da urina 78% responderam afirmativamente.

Tendo em conta a especialização, 100% dos pediatras e neonatologistas responderam observar a cor das fezes, e 90,9% dos pediatras e 100% dos neonatologistas referiram observar a cor da urina. Nos médicos de família apenas 68,3% responderam observar a cor das fezes e 63,3% a cor da urina. Em relação aos enfermeiros, 97,7% dos especialistas em pediatria responderam observar a cor das fezes, contra 75,2% dos não especialistas; e 100% dos especialistas observam a cor da urina, contra 71,9% dos não especialistas.

Investigação complementar realizada no RN icterico

Quando é que os enfermeiros encaminham os doentes para observação por um médico?

Perante um RN icterico com menos de 7 dias de vida, 37,7% afirma pedir observação imediata por um médico, 34,6% dizem que depende da intensidade da icterícia, 4,3% afirmam depender da presença de outros sinais ou sintomas, e 23,5% dizem depender da intensidade da icterícia e ainda da presença de outros sinais e sintomas. Já para um RN icterico com mais de 7 dias de vida, sob aleitamento materno, 26,7% diz pedir observação imediata por um médico, 11,3% pede observação quando a icterícia persiste para além dos 14 dias de idade, 4% quando persiste para além dos 28 dias de idade, e ainda 58% afirma depender da intensidade da icterícia. Dos que responderam que

dependeria da intensidade da icterícia, 81,3% pediriam observação a partir dos 14 dias de vida e 18,7% a partir dos 28 dias de vida.

Quando é que os médicos solicitam um doseamento de bilirrubina conjugada?

Quando inquiridos sobre quando pediriam um doseamento de bilirrubinas, incluindo a conjugada, perante um RN com outros sinais ou sintomas de doença, 69,1% dos médicos respondeu que o faria “*em qualquer idade, pois provavelmente trata-se de uma situação patológica*”, enquanto 24,7% apenas o fariam após os 14 dias, e 6,2% após os 28 dias. Não houve diferenças significativas tendo em conta a especialização dos médicos ($p=0,793$) nem o nível de cuidados de saúde ($p=0,500$).

No caso de se tratar de um RN icterico sob aleitamento materno, sem outros sinais ou sintomas, 28,9% responderam que não pediriam estudo complementar, pois “*provavelmente trata-se de uma icterícia do aleitamento materno*”, 43,3% pediriam a partir dos 14 dias de idade, 23,7% a partir dos 28 dias de idade e ainda 4,2% a partir dos 2 meses. Embora tenha havido uma maior percentagem de médicos de família a responder que nesta situação não pediriam um doseamento de bilirrubina conjugada “*por provavelmente se tratar de uma icterícia do aleitamento materno*” (34,5%) a diferença não foi significativa ($p=0,336$). A diferença também não foi significativa tendo em conta o nível de cuidados de saúde ($p=0,537$).

A realização da Tira-Teste (Combur) na urina dos RN ictericos pode fornecer alguma informação útil?

Quando inquiridos sobre a utilidade da Tira-teste, 84,5% dos médicos responderam afirmativamente. Aos que responderam afirmativamente pedia-se que especificassem qual a informação útil que poderiam obter com a Tira-Teste (pergunta aberta). Entre estes 34% respondeu bilirrubina, 33% urobilinogénio, 10,3% pigmentos biliares e 10,3% sinais de ITU. Em menor frequência (1 a 4 participantes) responderam ainda densidade urinária, pH, cetonúria, glicosúria, eritrocitúria, entre outros. Atente-se ainda que 9,3% dos indivíduos que responderam afirmativamente, não responderam qual seria a informação que poderiam obter com o teste.

Acuidade no diagnóstico de acolia fecal

As fotografias suspeitas foram corretamente identificadas por médicos e enfermeiros, nos diferentes níveis de cuidados de saúde, com percentagem de acerto superior a 90%, excepto a fotografia nº 7, identificada corretamente por 66% dos profissionais nos CSP, 66,1% no hospital nível B, e 89% no hospital nível A1.

Na Tabela 2 apresentam-se os dados relativos à percentagem de respostas certas de cada fotografia, por nível de cuidados de saúde. A análise separada de cada fotografia revelou uma percentagem de acerto significativamente diferente ($p < 0,05$) para médicos e enfermeiros nas seguintes fotografias: fotografia nº 2 (Figura 1 - fezes normais), médicos com acerto de 95,8% vs enfermeiros com 84,8%; fotografia nº 7 (Figura 2 - fezes suspeitas), médicos com acerto de 61,6% vs enfermeiros com 82,8%; fotografia nº 8 (Figura 3 - fezes normais), médicos com acerto de 76% vs enfermeiros com 61,5%.

De seguida criou-se um *score*, atribuindo uma pontuação aos participantes, consoante o número de fotografias identificadas corretamente. Assim, a pontuação máxima seria 8 (número total de fotografias) e a mínima 0. Obteve-se uma mediana de 7, o que corresponde a um *score* de 87,5%. A classificação máxima obtida foi de 100% e a mínima de 25% (apenas 2 fotografias certas).

Há diferenças no score de classificação das fotografias mediante o nível de cuidados de saúde?

Verificou-se uma diferença significativa entre médicos dos diferentes níveis de cuidados (CSP vs Hospital nível A1 $p < 0,05$, e Hospital nível B vs Hospital nível A1 $p < 0,05$). Entre CSP e Hospital nível B não se evidenciaram diferenças significativas (Gráfico 3). No que diz respeito à média, esta foi de 94,0% para o Hospital nível A1, 77,79% para o Hospital nível B e 82,79% para os CSP. Relativamente aos enfermeiros, não se encontraram diferenças significativas entre os vários níveis de cuidados.

Há diferenças no score de classificação das fotografias mediante a especialização dos profissionais?

Não se verificaram diferenças significativas entre médicos e enfermeiros. Mas comparando as diferentes especializações médicas, observou-se uma diferença significativa entre médico de família e neonatologista ($p < 0,05$) (Gráfico 4), não

havendo diferenças quando se compararam neonatologistas com pediatras e ainda pediatras com médicos de família. Para os enfermeiros, observou-se também uma diferença significativa entre especialistas em Pediatria (*score* médio 98,09%) e não especialistas em Pediatria (*score* médio 77,68%) (Gráfico 5).

Há diferenças no score de classificação das fotografias mediante o tempo de exercício profissional?

Não foram encontradas diferenças entre médicos com diferente tempo de atividade profissional, sendo que o mesmo se verificou para os enfermeiros.

Discussão

A experiência dos centros de referência no diagnóstico e tratamento de RN e pequenos lactentes com colestase neonatal mostra que continuam a existir casos cujo reconhecimento e referenciação poderia e deveria ter sido mais precoce,^{15,16} mas há poucos estudos realizados para tentar avaliar a assertividade com que os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) são capazes de reconhecer a colestase neonatal e a acolia fecal em RN ictericos.

Num estudo americano¹² efetuado para avaliar a abordagem da icterícia precoce e prolongada nos cuidados primários (através de um questionário aplicado a pediatras gerais experientes, com prática clínica em zonas suburbanas, afiliados ao S. Louis Children's Hospital ou à Washington University Department of Pediatrics) cerca de 70% dos participantes reportou não estar familiarizado com as *guidelines* da icterícia neonatal. Por outro lado, um estudo inglês¹¹ que incluiu participantes (médicos e enfermeiros) de três hospitais universitários, revelou que mais de um terço não identificou as fezes suspeitas de acolia fecal.

No nosso estudo, uma percentagem relevante da amostra de profissionais de saúde dos três níveis de cuidados do SNS de Portugal evidenciou práticas clínicas que podem impedir o reconhecimento em tempo útil da colestase em RN ictericos, envolvendo ambos os grupos profissionais (médicos e enfermeiros), e relacionando-se sobretudo com o seu grau de especialização.

Embora os sinais e sintomas mais enunciados pelos médicos, em pergunta de resposta aberta, tenham sido a acolia fecal (81%) e a colúria (66%), tem de ser considerada a possibilidade de haver um viés nas respostas causado pelas perguntas seguintes do questionário “*costuma observar a cor das fezes*” e “*costuma observar a cor da urina*”. A percentagem de respostas afirmativas a estas duas questões (por médicos e enfermeiros) foi respectivamente de 81,1% e de 78%. Não se observou diferença significativa entre médicos e enfermeiros, tendo-se observado maiores diferenças a nível da especialização de ambas as classes profissionais, já que, enquanto todos os pediatras e neonatologias, e quase todos os enfermeiros especialistas em Pediatria, dizem observar a cor das fezes, apenas 68,3% dos médicos de família e 75,2% dos enfermeiros não especialistas o afirmaram fazer. Quanto à cor da urina, a maioria dos neonatologistas e pediatras e todos os enfermeiros especialistas em Pediatria afirmaram observar, enquanto apenas 63,3% dos médicos de família e 71,9% dos enfermeiros não especialistas o afirmaram fazer.

Uma percentagem significativa de enfermeiros respondeu que o pedido de observação por um médico *dependia da intensidade da icterícia*, tanto em RN com menos de 7 dias como em RN com mais de 7 dias (34,6% e 58% respetivamente). Este facto tem relevância pois a intensidade da icterícia não está diretamente relacionada com o facto de a mesma poder ser patológica ou não, nem com a gravidade da doença subjacente (exemplo: AVB).⁴ Esta prática pode levar a um atraso no reconhecimento da colestase e no encaminhamento destes doentes. As recomendações nacionais² e internacionais^{1,13,14} indicam que todos os RN ictericos para além dos 14 dias de vida devem ser obrigatoriamente observados por um médico.

Perante um RN icterico com outros sinais ou sintomas de doença o doseamento das bilirrubinas, incluindo a fração conjugada, deve ser imediato². No entanto, cerca de 30% dos médicos não respondeu desse modo (24,7% só pedem esses doseamentos após os 14 dias e 6,2% após os 28 dias de vida). Estes médicos podem não reconhecer a colestase tão precocemente quanto necessário em doentes potencialmente graves, que podem evoluir rapidamente de forma desfavorável. Por outro lado, quando se coloca a questão para o RN icterico, amamentado ao seio, e sem outros sinais ou sintomas, 28,9% responde que não pede doseamento de bilirrubinas, *por se tratar muito provavelmente de uma icterícia do aleitamento materno*, e 4,2% só pede a partir dos 2 meses. Isto,

associado ao facto de cerca de 1/3 dos médicos de família ter afirmado que não costuma observar a cor das fezes, nem a da urina, nos RN ictericos, coloca em evidência o risco de a colestase poder não ser reconhecida precocemente neste grupo de doentes, entre os quais podem estar os doentes com AVB, sobretudo pelos médicos de família, ao nível dos CSP.

No estudo americano já citado¹² 92% dos pediatras respondeu que solicitaria a fração de bilirrubina conjugada aos pacientes com icterícia persistente para além das 4 semanas. No entanto, 25% desses médicos não observa por rotina os RN entre as 2 e as 8 semanas de vida, pois a planificação dos CSP nos EUA não prevê uma consulta médica nesse intervalo de tempo, ao contrário do que acontece em Portugal, em que está prevista uma consulta ao 1 mês de idade.¹⁷ Estes investigadores americanos propuseram uma mudança na planificação dos CSP nos EUA, com implementação de uma consulta às 3-4 semanas de idade¹².

Nesta amostra, médicos e enfermeiros revelaram igual assertividade na identificação da acolia fecal. Mas mais uma vez houve diferenças significativas relacionadas com o grau de especialização. Os neonatologistas revelaram assertividade maior que os pediatras e os médicos de família, e os enfermeiros especialistas em Pediatria maior assertividade que os enfermeiros que não têm esta especialidade. O tempo de exercício profissional não teve influência no grau de assertividade quer de médicos quer de enfermeiros. Os médicos do hospital nível A1 revelaram uma assertividade maior que os médicos dos CSP e do Hospital nível B, não tendo sido notada esta diferença nos enfermeiros.

O grau de assertividade para identificação de fezes suspeitas foi superior a 90% em todos os níveis de cuidados de saúde, excepto para a fotografia nº 7 (Figura 2) que era a de grau de dificuldade mais elevado (fezes despigmentadas de forma não uniforme). De notar que nesta fotografia a assertividade foi significativamente menor nos médicos (apenas cerca de 60%) em relação aos enfermeiros (cerca de 80%). Por outro lado, os enfermeiros identificaram fezes normais como suspeitas em percentagem significativamente superior aos médicos (Figuras 1 e 3), e este facto oferece uma possibilidade de explicação para a diferença verificada na fotografia nº7: os enfermeiros manifestaram uma tendência significativamente superior para considerar as fezes suspeitas.

Um estudo inglês¹¹ que incluiu participantes (médicos e enfermeiros) de três hospitais universitários (correspondendo ao hospital A1 do SNS português), revelou que mais de um terço não identificou as fezes suspeitas, enquanto neste estudo essa percentagem foi de apenas 11%. No entanto, como é evidente não foi aplicado o mesmo painel de fotografias nos dois estudos, pelo que o grau de assertividade não pode ser comparado.

Os RN com AVB correm riscos de não serem diagnosticados atempadamente por uma percentagem significativa de profissionais de saúde desta amostra. Nos RN com > 7 dias, uma grande percentagem dos enfermeiros faz depender da intensidade da icterícia o pedido de observação por um médico, e sabe-se que na AVB a maior parte das vezes a icterícia é de baixa intensidade. Por outro lado, uma percentagem relevante de médicos e de enfermeiros dos CSP afirmou não observar a cor da urina e a cor das fezes, e uma percentagem muito relevante de médicos não identificou a fotografia nº7 como suspeita (esta fotografia, de fezes despigmentadas de forma não uniforme, pertence a um RN com AVB em estadio pouco avançado da doença). Uma percentagem relevante de médicos respondeu não pedir a bilirrubina conjugada nos RN sob aleitamento materno que não apresentem outros sinais ou sintomas de doença e alguns afirmaram só pedir após os 2 meses de idade. Tendo em conta que estes *“outros sinais e sintomas”* podem ser a colúria e a acolia fecal, e que nos doentes com AVB estes podem ser os únicos sinais/sintomas associados à icterícia, a prática de não observar as fezes e a urina nos RN ictericos diminui a oportunidade de suspeitar o diagnóstico em tempo útil nestes doentes. Na AVB uma intervenção cirúrgica (a portoenterostomia de Kasai⁵) precoce (antes dos 45-60 dias de vida) afeta o prognóstico destes doentes de forma determinante.^{18,19,20,21,22} As recomendações nacionais² indicam que os RN amamentados ao seio materno, mesmo que aparentemente não apresentem outros sinais ou sintomas para além da icterícia, devem ser submetidos a investigação complementar se a icterícia persiste para além dos 28 dias, e algumas recomendações internacionais¹ sugerem mesmo que todos sejam investigados a partir dos 14 dias.

Os doentes com icterícia e outros sinais ou sintomas de doença podem ter subjacente uma patologia grave (geralmente doenças infecciosas ou metabólicas), e cujo prognóstico pode depender da precocidade de intervenção. Dado que uma percentagem grande de médicos afirmou não pedir a bilirrubina conjugada de imediato (sem diferença significativa conforme a especialização e o nível de cuidados de saúde) estes doentes

também podem correr alguns riscos de não serem identificados em tempo útil. No entanto, não podemos saber se perante a observação desses sinais e sintomas (que os médicos não associam à colestase) esses mesmos médicos realmente não efetuam a investigação necessária ou a referenciação imediata dos doentes.

O não ser capaz de associar outros sinais e sintomas à icterícia como eventuais indicadores de presença de colestase revela desconhecimento das entidades subjacentes. Compreende-se que este desconhecimento seja tanto maior quanto menor a especialização dos médicos e reforça a noção de que a colestase neonatal é uma patologia para ser investigada por especialistas. Os médicos hospitalares conseguiram nomear não só mais sinais e sintomas que os médicos dos CSP, mas também alguns sinais e sintomas foram apenas identificados por estes médicos, tais como hemorragia, sopro cardíaco, ascite e gemido. As dismorfias foram maioritariamente referidas por médicos hospitalares, tendo sido referidas apenas por um médico dos CSP. Porém, mesmo os médicos hospitalares (pediatras e neonatologistas) obtiveram globalmente um score médio baixo (Gráfico2). Relativamente ao número de sinais e sintomas referidos por nível de cuidados de saúde obteve-se também uma diferença significativa entre os hospitais nível A1 e B quando comparados com os CSP.

No estudo americano que temos vindo a citar,¹² cerca de 1/3 dos pediatras atrasaria a referenciação dos RN e lactentes com anormalidades bioquímicas sugestivas de colestase, até às 6 semanas de vida, para obter avaliações diagnósticas complementares. Estes investigadores propuseram que sempre que a colestase seja identificada, os doentes sejam referenciados imediatamente a centros especializados, não atrasando a sua investigação e tratamento. De facto, também as recomendações nacionais² e as internacionais^{1,13,14} assim o propõem.

O rastreio universal da colestase neonatal em todos os RN justificar-se-ia pela incidência estimada de 1:2500 nados-vivos², e pelo conhecimento de várias entidades subjacentes com tratamento (médico ou cirúrgico) eficaz, e de cuja precocidade de início depende o prognóstico, como por exemplo: AVB, doenças infecciosas (sépsis bacteriana, sífilis, infecção a Citomegalovírus, hepatite B,...) e metabólicas (galactosemia, tirosinemia, argininemia, ...).^{3,5} No entanto, e ainda que venha a ser encontrado um método adequado para o rastreio (fiável, não invasivo e pouco dispendioso), o *timing* muito variado de instalação de sinais e sintomas conforme as

diversas patologias subjacentes impede desde logo que se encontre um momento ideal para efetuar o rastreio. O rastreio é exequível, e tem vindo a ser efetuado com sucesso, mas apenas para uma das doenças que se apresentam como colestase neonatal, a AVB, e em países em que a sua incidência o torna custo-efetivo, como nos países asiáticos.^{23,24,25} Pelo contrário, nos países europeus, onde a AVB é uma doença mais rara, o rastreio pelo método do cartão com fotografias de fezes não foi ainda reconhecido como sendo custo-efetivo, apesar das tentativas de alguns autores para o demonstrar.^{18,26,27}

Neste contexto a estratégia mais adequada para melhorar o prognóstico destes doentes parece ser o investimento no diagnóstico precoce. Em Portugal a planificação dos CSP, através do Plano de Vigilância da Saúde Infantil e Juvenil,¹⁷ é a mais adequada (prevê uma consulta médica às 2 semanas e outra ao 1 mês de idade), e outros países, como os EUA e o Reino Unido, procuram neste momento imitá-la.^{11,12} Apesar disto, é necessário que todos os médicos e enfermeiros que têm a seu cargo RN estejam preparados para reconhecer precocemente a colestase neonatal e a acolia fecal. A investigação da causa subjacente deve ficar a cargo de médicos especializados, em centros de referência.

Para atingir a excelência é necessário melhorar a formação / informação dos profissionais de saúde que têm a seu cargo a Saúde Neonatal e Infantil, através de uma divulgação mais adequada das *guidelines* (não apenas por publicação em revistas de Pediatria mas também em revistas de Medicina Geral e Familiar) e de ações de formação.

A pesquisa de bilirrubinúria através de tira-teste nos RN ictericos é um método simples, não invasivo, acessível e facilmente exequível em qualquer nível de cuidados de saúde. Nesta amostra, a maioria dos médicos inquiridos respondeu sim (84,5%) à pergunta “*acha que a realização da tira-teste na urina de RN ictericos pode fornecer alguma informação útil?*” e numa pergunta de resposta aberta 77% enunciaram que a utilidade seria verificar a presença de *bilirrubina*, *urobilinogénio*, ou *pigmentos biliares*, ou seja a confirmação da presença de colúria. Apesar disso a utilização deste teste na prática clínica, para este fim, é diminuta. Assim, parece que será de todo o interesse a sua divulgação, como método auxiliar de diagnóstico, na avaliação clínica dos RN ictericos; tal permitirá aumentar o grau de assertividade de todos os profissionais no reconhecimento da colestase neonatal.

Os resultados obtidos nesta amostra parecem apontar no sentido de que, para haver uma maior assertividade no reconhecimento da colestase neonatal e da acolia fecal, a Saúde Infantil deverá estar a cargo de pediatras e enfermeiros especialistas em Pediatria, e que a investigação etiológica destes doentes deverá estar a cargo de médicos com maior grau de especialização (Pediatras com sub-especialização em Gastreenterologia/Hepatologia pediátricas).

Limitações deste estudo

A amostra é globalmente pequena (100 médicos e 166 enfermeiros), e localizada apenas ao Grande Porto; além disso é comparativamente pequena para a categoria de hospitais nível B (sobretudo no que se refere aos médicos) e em menor extensão para hospitais nível A1. Planeamos em breve aumentar a amostra no que se refere aos hospitais nível B. Para tal obtivemos já a autorização do Hospital Pedro Hispano e solicitamos a autorização do Hospital de Famalicão.

O instrumento é um questionário (e ainda que de resposta anónima, individual, e a maior parte das vezes imediata) ficamos a saber o que os profissionais respondem quando inquiridos, mas tal pode não corresponder integralmente às suas práticas. As perguntas “*costuma observar a cor das fezes*” e “*costuma observar a cor da urina*” podem ter influenciado as respostas às perguntas abertas no questionário dos médicos “*que sintomas costuma pesquisar ...*” e “*que sinais costuma pesquisar ...*”. O grau de dificuldade do painel de fotografias pode não ser suficiente dado o número reduzido de fotografias suspeitas de acolia fecal (apenas quatro, sendo duas de fezes totalmente acólicas, de mais fácil identificação).

Agradecimentos

À Dra. Ermelinda Santos Silva, por ter partilhado comigo este projeto e por toda a dedicação e empenho ao longo deste percurso. Por todos os ensinamentos partilhados e por me ter feito gostar realmente deste tema, tornando tudo muito mais fácil.

À Dra. Cláudia Melo, pela ajuda preciosa, e por toda a disponibilidade e paciência demonstradas.

À Prof. Dra. Helena Jardim e à Dra Isabel Brito pela ajuda no estabelecimento de contacto com as USFs e UCSPs.

A todos os profissionais de saúde que participaram, já que sem eles não seria possível a concretização deste projeto.

Aos meus pais, pelo encorajamento e, sobretudo, pela paciência e apoio nos momentos mais difíceis.

Bibliografia

- [1] Benchimol EI, Walsh C, Ling S. "Early diagnosis of neonatal cholestatic jaundice: test at 2 weeks." *Canadian Family Physician* 2009; 55(12): 1184-1192.
- [2] Santos Silva E, Pó I, Gonçalves I. "Colestase neonatal – Protocolo de abordagem diagnóstica." *Acta Pediátrica Portuguesa* 2010; 41(3): 141-143.
- [3] Suchy FJ. (2007) "Approach to the infant with cholestasis". In: Suchy FJ, Sokol RJ, Balistreri WF (eds) *Liver disease in children*, 3rd edn. Cambridge University Press, Cambridge.
- [4] Chardot C. "Biliary atresia." *Orphanet Journal of Rare Diseases* 2006; 1(1): 28.
- [5] Kasai M, Kimura S, Asakura Y, Suzuki Y, Taira Y, Obashi E. "Surgical treatment of biliary atresia." *Journal of Pediatric Surgery* 1968; 3:665-75.
- [6] Pinto CG, Pissarra S, Valente S, Azevedo S, Santos Silva E. "Colestase Neonatal na UCIN: abordagem diagnóstica e terapêutica." *Secção de neonatologia SPP* 1. 2013.
- [7] Lissauer T., Clayden G. (2007). "Neonatal Medicine." In: Lissauer T, Clayden G, eds. *Illustrated Textbook of Paediatrics*. Edinburgh. Mosby Elsevier 2007; 145-168
- [8] De Bruyne R, Van Biervliet S, Vande Velde S, Van Winckel M. "Clinical practice: neonatal cholestasis." *European Journal of Pediatrics* 2011; 170:279–284.
- [9] Newman J. (2009). "Breastfeeding and Jaundice". In: International Breastfeeding Center. <https://nbc.ca>.
- [10] Gilmour SM. "Prolonged neonatal jaundice: When to worry and what to do." *Pediatric Child Health* 2004; 9(10): 700-704.
- [11] Bakshi B, Sutcliffe A, Akindolie M, Vadamalayan B, John S, Baker A, et al. "How reliably can paediatric professionals identify pale stool from cholestatic newborns?" *Arch Dis Child Fetal Neonatal* 2012; 97:385-387.
- [12] Palermo JJ, Joerger S, Tuemelle Y, Putman P, Garbutt J. "Neonatal Cholestasis: Opportunities to Increase Early Detection." *Academic Pediatrics* 2012. 12 (4):283-288.
- [13] Moyer V, Freese DK, Whittington PF, Olson AD, Brewer F, Colleti RB et al. "Guideline for the evaluation of cholestatic jaundice in infants: recommendations of the North American society for pediatric gastroenterology, hepatology and nutrition." *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 2004; 39:115–128
- [14] American Academy of Pediatrics (2004) Clinical practice guideline: management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics* 114:297–316
- [15] Santos Silva E, Martins E, Silvestre F, Medina M. Colestase Neonatal (revisão de 50 casos). *Acta Pediátrica Portuguesa* 1999; 30 (5): 397-401

- [16] Lee WS “Pre-admission consultation and late referral in infants with neonatal cholestasis.” *Journal of Paediatrics and Child Health* 2008; 44:57–61.
- [17] Prazeres, V., Menezes, B., Oliveira, D., Sasseti, L. “Programa nacional de saúde infantil e juvenil”. Norma da Direção Geral de Saúde 2013. 010/2013.
- [18] Serinet MO, Wildhaber A, Broué P, Lachaux A, Sarles J, Jacquemin E, et al. “Impact of Age at Kasai Operation on its Results in Late Childhood and Adolescence: A Rational Basis for Biliary Atresia Screening.” *Pediatrics* 2009; 123 (5):1280-1286.
- [19] Davenport M, Ong E, Sharif K, Alizai N, McClean P, Hadzic N, Kelly DA. “Biliary Atresia in England and Wales: results of centralization and new benchmark.” *Journal of Pediatric Surgery* 2011; 46:1689-1694.
- [20] Davenport M, Puricelli V, Farrant P, Hadzic N, Mieli-Vergani G, Portmann B, et al. “The outcome of the Older (≥ 100 Days) Infant With Biliary Atresia.” *Journal of Pediatric Surgery* 2004; 39 (4):575-581.
- [21] Chardot C, Carton M, Spire-Bendelac N, Pommelet C, Golmard JL, Auvert B “Prognosis of Biliary Atresia in the Era of the liver Transplantation: French National Study From 1986-1996.” *Hepatology* 1999; 30 (3):606-611.
- [22] Nio M, Ohi R, Miyano T, Saeki M, Shiraki K, Tanaka K. “Five and 10-year Survival rates after surgery for Biliary Atresia: a Report from the Japanese Biliary Atresia Registry.” *Journal of Pediatric Surgery*; 2003; 37 (7):997-1001.
- [23] Chen SM, Chang MH, Du JC, Lin CC, Chen AC, Lee HC, et al. “Screening for Biliary Atresia by Infant Stool Color Card in Taiwan.” *Pediatrics* 2006; 117 (4):1147-54.
- [24] Hsiao CH, Chang MH, Chen HL, Lee HC, Wu TC, Lin CC, et al. “Universal Screening for Biliary Atresia using an infant Stool Color Card in Taiwan.” *Hepatology* 2008; 47 (4):1233-40.
- [25] Tseng JJ, Lai MS, Lin MC, Fu YC. “Stool Color Card Screening for Biliary Atresia.” *Pediatrics* 2011; 128 (5):1209-15.
- [26] Jacquemin E. “Screening for Biliary Atresia and stool colour: Method of colorimetric scale.” *Archives de pédiatrie* 2007; 14:303-305.
- [27] Wildhaber B. “Screening for Biliary Atresia: Swiss Stool Color Card.” *Hepatology* 2011; 54 (1):367.

Quadros, Tabelas, Figuras e Gráficos

Quadro 1 - Distribuição dos profissionais de saúde segundo o tempo de exercício profissional.

	Tempo total de exercício profissional			
	Médico		Enfermeiro	
	N	%	N	%
Menos de 5 Anos	20	20,2%	14	8,4%
5 a 10 Anos	17	17,2%	39	23,5%
11 e 20 Anos	10	10,1%	71	42,8%
Mais de 20 Anos	52	52,5%	42	25,3%

Tabela 1 – Sintomas e sinais referidos

Sintomas / Sinais	
Acolia fecal	81%
Colúria	66%
Recusa alimentar	44%
Hepatomegalia	43%
Vômitos	36%
Aspeto geral	31%
Febre / hipotermia	28%
Esplenomegalia	28%
Letargia	24%
Hipotonia	23%
Irritabilidade	20%
Má evolução ponderal	14%
Dismorfias	13%
Hemorragias	10%
Sopro cardíaco	7%
Ascite	3%
Gemido	1%
Desnutrição	1%

Tabela 2 – Classificação das fotografias distribuída por nível de cuidados

		Nível de Cuidados de Saúde					
		CSP		Hospital nível B		Hospital nível A	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Foto 1 (Suspeita) (despigmentada uniforme)	Certa	94	92,2%	54	91,5%	93	95,9%
	Errada	8		5		4	
Foto 2 (Normal)	Certa	90	91,8%	46	78,0%	89	92,7%
	Errada	8		13		7	
Foto 3 (Normal)	Certa	94	94,9%	51	89,5%	81	84,4%
	Errada	5		6		15	
Foto 4 (Suspeita) (acólica)	Certa	94	91,3%	52	92,9%	97	98,0%
	Errada	9		4		2	
Foto 5 (Suspeita) (acólica)	Certa	101	97,1%	55	93,2%	99	99,0%
	Errada			4		1	
Foto 6 (Normal)	Certa	80	80,8%	51	87,9%	81	87,1%
	Errada	19		7		12	
Foto 7 (Suspeita) (despigmentada não uniforme)	Certa	68	66,0%	39	66,1%	89	89,0%
	Errada	35		20		11	
Foto 8 (Normal)	Certa	64	62,7%	37	62,7%	71	74,0%
	Errada	38		22		25	

Figura 1 – Fotografia nº 2 do questionário



Figura 2 – Fotografia nº 7 do questionário



Figura 3 – Fotografia nº 8 do questionário

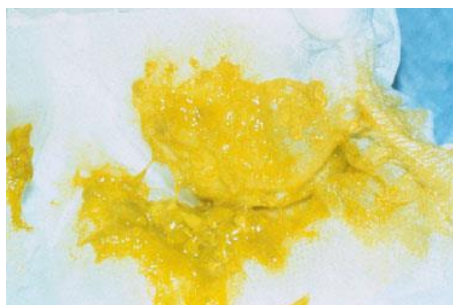


Gráfico 1 – Distribuição do número de sinais e sintomas referidos

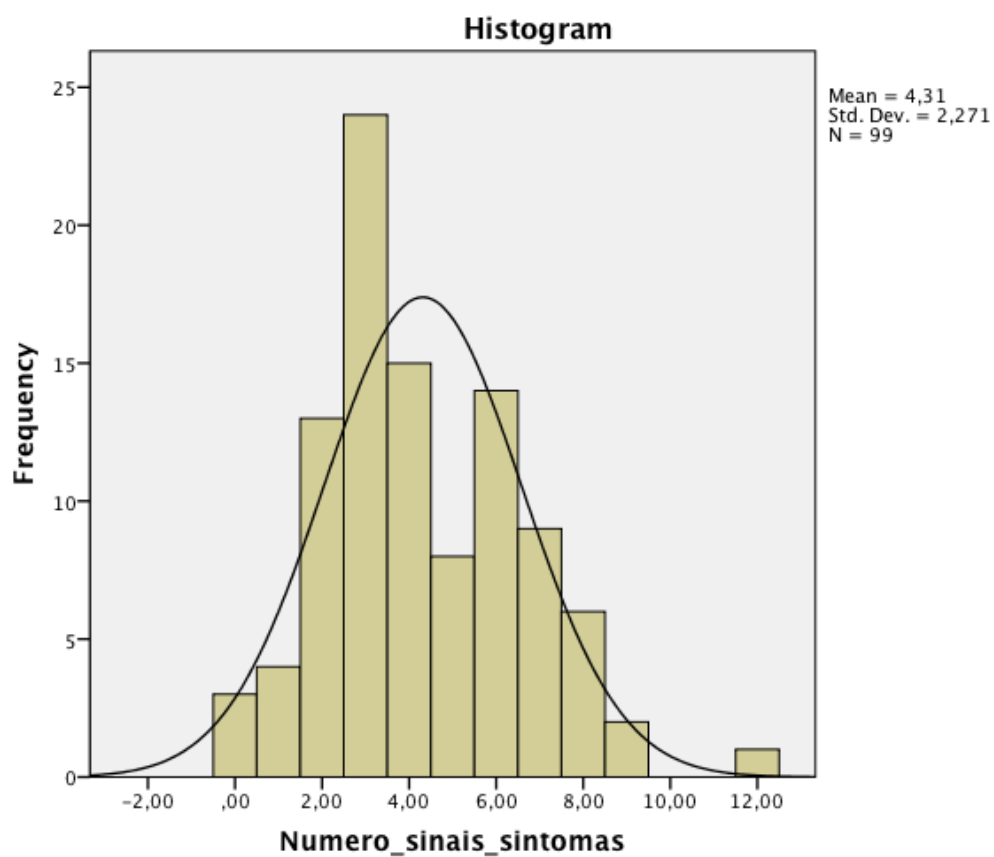


Gráfico 2 – Distribuição do número de sinais e sintomas referidos por nível de cuidados

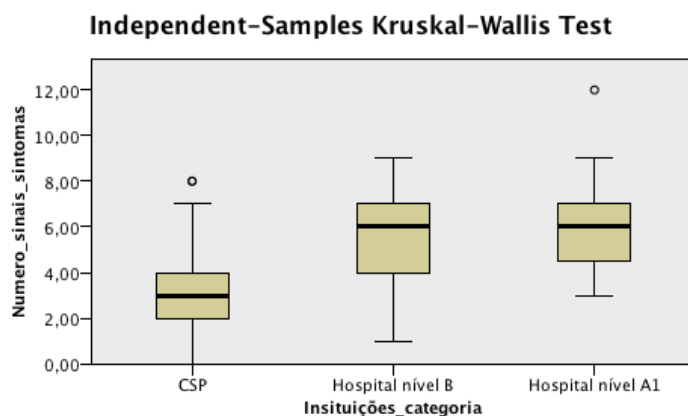


Gráfico 3 – Distribuição da classificação (*score*) obtido nas fotografias por nível de cuidados.

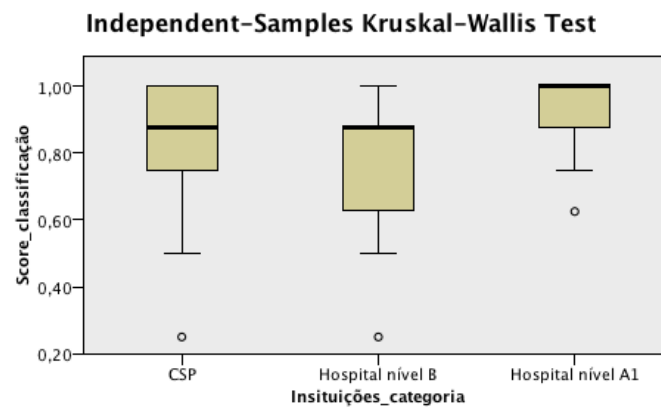


Gráfico 4 - Distribuição da classificação (*score*) obtido nas fotografias por especialização médica.

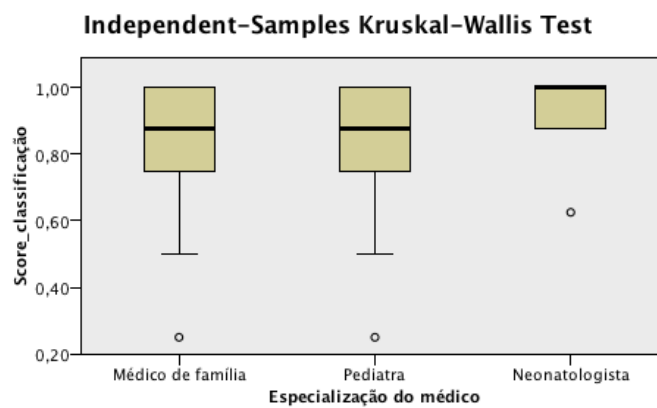
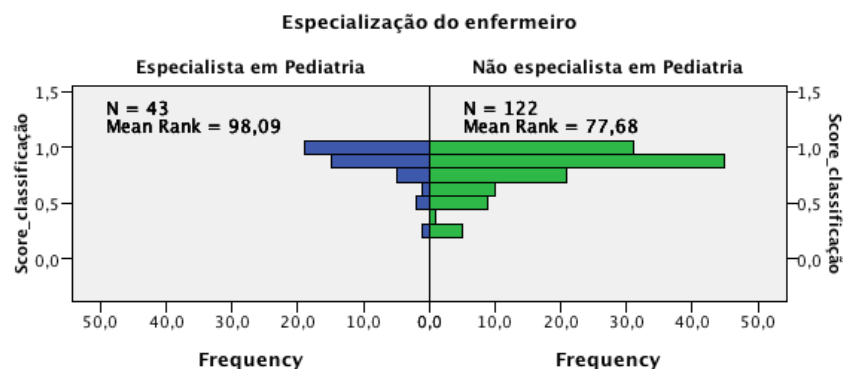


Gráfico 5 – Distribuição da classificação (*score*) obtido nas fotografias segundo a especialização do enfermeiro.



Com que grau de assertividade os profissionais de saúde são capazes de reconhecer a colestase neonatal e a acolia fecal em recém-nascidos ictericos?

Anexos

Anexo 1

Questionário para Medicos

QUESTIONÁRIO PARA MÉDICOS

1. ESPECIALIDADE:

Médico de Família ----- ☐

Pediatra ----- ☐

Neonatologista ----- ☐

2. TEMPO TOTAL DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL:

< 5 anos ----- ☐

5-10 anos ----- ☐

11-20 anos ----- ☐

>20 anos ----- ☐

3. Num recém-nascido (RN) icterico que **outros sintomas de doença** costuma pesquisar?

4. Num RN icterico que **outros sinais de doença** (exame físico) costuma pesquisar?

5. Costuma **observar** a côr das fezes dos RN ictericos ?

Sim ----- ☐

Não ----- ☐

6. Costuma **observar** a côr da urina dos RN ictericos ?

Sim ----- ☐

Não ----- ☐

7. Acha que a realização da Tira-Teste (ex:Combur) na urina dos RN ictericos pode fornecer alguma informação útil?

Sim ----- ☐ Se sim, qual (ou quais)?: -----

Não ----- ☐

8. Num RN icterico, e **com outros sinais / sintomas de doença**, quando pede um doseamento de bilirrubinas, incluindo a bilirrubina conjugada?

- Em qualquer idade, pois provavelmente trata-se de uma situação patológica ----- ☐
- A partir dos 14 dias de idade ----- ☐
- A partir dos 28 dias de idade ----- ☐
- A partir dos 2 meses de idade ----- ☐

9. Num RN icterico, amamentado ao seio materno, e **sem outros sinais / sintomas de doença**, quando pede um doseamento de bilirrubinas incluindo a bilirrubina conjugada?

- Não peço, pois em princípio trata-se de uma icterícia do aleitamento materno ----- ☐
- A partir dos 14 dias de idade ----- ☐
- A partir dos 28 dias de idade ----- ☐
- A partir dos 2 meses de idade ----- ☐

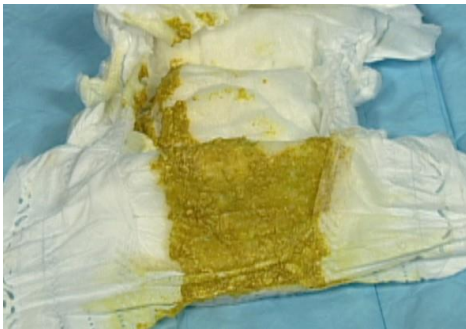
10. Em relação à **côr das fezes** de um RN por favor classifique-as como **Normais (N)** ou como **Suspeitas (S)** de o não serem: (assinale com uma cruz em cima de N ou S)



☐ N
☐ S



☐ N
☐ S



☐ N
☐ S



☐ N
☐ S



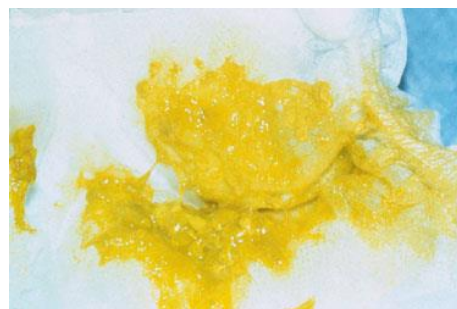
☐ N
☐ S



☐ N
☐ S



☐ N
☐ S



☐ N
☐ S

Anexo 2

Questionário para Enfermeiros

QUESTIONÁRIO PARA ENFERMEIROS

1. Enfermeiro ESPECIALISTA em PEDIATRIA:

Sim ----- ☐

Não ----- ☐

2. TEMPO TOTAL DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL:

< 5 anos ----- ☐

5-10 anos ----- ☐

11-20 anos ----- ☐

>20 anos ----- ☐

3. Costuma **observar** a côr das fezes dos recém-nascidos (RN) ictericos?

Sim ----- ☐

Não ----- ☐

4. Costuma **observar** a côr da urina dos RN ictericos?

Sim ----- ☐

Não ----- ☐

5. Num RN icterico, com menos de 7 dias, **quando** pede observação por um médico?

• De imediato ----- ☐

• Depende da intensidade da icterícia ----- ☐

• Depende da presença de outros sinais/sintomas de doença ----- ☐

• Depende da intensidade da icterícia + presença outros sinais/sintomas de doença ---- ☐

6. Num RN icterico, com mais de 7 dias, amamentado ao seio materno, e aparentemente sem outros sinais / sintomas de doença, **quando** pede observação por um médico?

- De imediato ----- ☐
- Depende da intensidade da icterícia ----- ☐
- Quando a icterícia persiste para além dos 14 dias de idade ----- ☐
- Quando a icterícia persiste para além dos 28 dias de idade ----- ☐
- Quando a icterícia persiste para além dos 2 meses de idade ----- ☐

7. Se na pergunta anterior respondeu “*depende da intensidade da icterícia*”, se a mesma persiste, apesar da intensidade não lhe parecer preocupante, a partir de que idade pede observação por um médico? (se na pergunta anterior escolheu outra opção ignore esta pergunta)

- A partir dos 14 dias de idade ----- ☐
- A partir dos 28 dias de idade ----- ☐
- A partir dos 2 meses de idade ----- ☐

Com que grau de assertividade os profissionais de saúde são capazes de reconhecer a colestase neonatal e a acolia fecal em recém-nascidos ictericos?

8. Em relação à **côr das fezes** de um RN por favor classifique-as como **Normais (N)** ou como **Suspeitas (S)** de o não serem: *(assinale com uma cruz em cima de N ou S)*



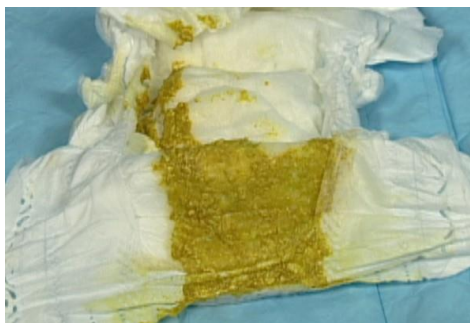
N

S



N

S



N

S



N

S



N

S



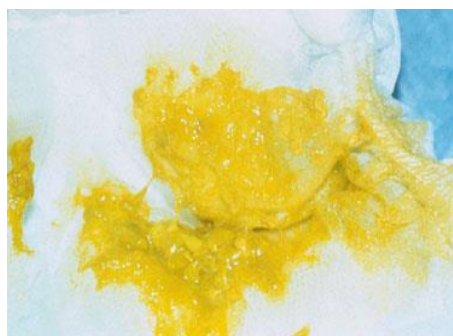
N

S



N

S



N

S